

# COVID-19 Meldeformular gemäß §§ 6, 8, 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG) - Vertraulich -

<b>Meldefall (Name, Vorname)</b> _____  geb. am: __/__/____ Geschlecht: <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> divers Adresse (Hauptwohnsitz bzw. derzeitiger Aufenthaltsort) Straße, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____ Telefon (Festnetz, mobil): _____ E-Mail: _____	<input type="checkbox"/> Verdacht <span style="float: right;"><b>Klinische Diagnose</b></span> <input type="checkbox"/> Tod, Todesdatum: __/__/____ <b>Hospitalisierung wg. Covid-19 (s.u. "Epidemiologische Situation")</b>  Erkrankungsdatum <sup>1)</sup> : __/__/____ Diagnosedatum <sup>1)</sup> : __/__/____ Datum der Meldung: __/__/____ (Wahrscheinlicher) Infektionszeitpunkt, -zeitraum <sup>1)</sup> : am/vom: __/__/____ bis __/__/____
--	--

## Klinische Angaben

**Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) SARS-CoV-2**

**Klinisches Bild:**

Lungenentzündung (Pneumonie)

Akute respiratorische Symptome jeder Schwere

Husten  Halsschmerzen/-entzündung

Schnupfen,  Atemstörung (Dyspneu)

andere: \_\_\_\_\_

Geruchs- und Geschmacksverlust/störungen (neu aufgetreten)

Fieber

Keine Covid-19 kompatiblen Symptome / asymptomatisch

**Kontaktperson**

enger Kontakt (KP1) mit einem bestätigten Covid-19 Fall

**Behandlungsergebnis** (sofern bekannt)

## Labordiagnostik (außerhalb von Laboren)

**Positiver Antigen-Nachweis / PoC Test**

Probennahme am \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Testsystem (Handelsname, Fa.): \_\_\_\_\_

Untersuchungsmaterial

nasopharyngealer Abstrich  oropharyngealer Abstrich

Anderes: \_\_\_\_\_

**Bestätigungstest (PCR) bereits veranlasst:**  ja  nein

**Serostatus**

Probennahme am \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Ergebnis Antikörper-Test:

IgM positiv  IgM negativ

IgG positiv  IgG negativ

## Angaben zum Covid-19 Impfstatus

Geimpft (Impfstoff \_\_\_\_\_) Datum der 1. Impfung: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Datum der 2. Impfung: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Nicht geimpft  Impfstatus unbekannt

## Epidemiologische Situation

<input type="checkbox"/> Meldefall ist in medizinischer Einrichtung (§ 23 Abs. 3 bzw. 5 IfSG) <input type="checkbox"/> tätig <input type="checkbox"/> wird dort betreut <input type="checkbox"/> Besucher*in Überweisung am __/__/____ Aufnahme am __/__/____ Entlassung am __/__/____ Intensivmed. Behandlung <input type="checkbox"/> nein ja, falls ja, von __/__/____ bis __/__/____ Beatmaßmaßnahmen nein ja, falls ja, nicht-invasiv invasiv ECMO <input type="checkbox"/> Meldefall ist in Einrichtungen / Unternehmen (§ 36 Abs. 1 u. 2 IfSG) <input type="checkbox"/> tätig <input type="checkbox"/> wird dort betreut <input type="checkbox"/> Besucher*in <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> Obdachlosenunterkunft <input type="checkbox"/> Kita <input type="checkbox"/> JVA <input type="checkbox"/> Asylbewerberunterkunft <input type="checkbox"/> sonstige Einricht./Unternehmen: <input type="checkbox"/> Heim <input type="checkbox"/> sonst. Massenunterkünfte _____ <input type="checkbox"/> Zugehörigkeit zur Bundeswehr (BW) <input type="checkbox"/> Soldat*in / BW-Angehörige/r <input type="checkbox"/> Zivilperson (untergebracht in BW-Einrichtung) <input type="checkbox"/> Tätigkeit im Lebensmittelbereich (nur bei akuter Gastroenteritis)	Hier entspr. Name / Ort der Einrichtung sowie Kontaktdaten angeben:
---	---

## Angaben zum Infektionsumfeld

Meldung ist Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird)  
 Ausbruchsort- und -zeitraum, Exposition  
 \_\_\_\_\_

Angaben zur wahrscheinlichen Infektionsquelle (Person, Produkt, Einrichtung, Gemeinschaftsunterkunft, Aktivität):  
 \_\_\_\_\_

Auslandsaufenthalt von: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ bis: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Land: \_\_\_\_\_

Aufenthalt in anderem Kreis von: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ bis: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Kreis: \_\_\_\_\_

Blut-, Organ-, Gewebe-, Zellspende in den letzten 6 Monaten \_\_\_\_\_

<b>► unverzüglich zu melden an:</b> Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:	Folgendes Labor / Untersuchungstelle wurde mit der weiteren Erregerdiagnostik beauftragt <sup>2)</sup> (Name/Ort/Telefonnr. des Labors):	<b>Meldende Person/Einrichtung</b> (Ärztin/Arzt inkl. Arztnr. (LANR) und Betriebsstättennr. (BSNR), Praxis/Krankenhaus Adresse, Telefonr.):
--	---	--

<sup>1)</sup> Wenn das genaue Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben

<sup>2)</sup> Die Laborauschlusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§ 6 und 7 IfSG).